Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego, vol. XV, A.D. MMXVII

GLOSA

Alicja Bańczyk*

ZAPRZESTANIE UPORCZYWEJ TERAPII NA TLE ORZECZENIA EUROPEJSKIEGO TRYBUNAŁU PRAW CZŁOWIEKA W SPRAWIE *LAMBERT I INNI PRZECIWKO FRANCJI*

1. Stan faktyczny i prawny[1]

1.1. Stan faktyczny

Obywatel Republiki Francuskiej Vincent Lambert urodził się 20 września 1976 r. (§ 10). Dnia 29 września 2008 r. uległ wypadkowi drogowemu i odniósł znaczne obrażenia głowy, w konsekwencji których nastąpił paraliż jego ciała i całkowita niepełnosprawność (§ 11). W latach 2008–2009 chory był hospitalizowany na oddziałach reanimacyjnym i neurologicznym. Ostatecznie, w czerwcu 2009 r. został umieszczony na oddziale dla osób znajdujących się w stanie wegetatywnym. Przez cały ten czas przez zgłębnik nosowo-żołądkowy dostarczano mu pokarm i wodę (§ 12). Zabiegi fizjoterapeutyczne, które przechodził pacjent w latach 2011–2012, nie przyniosły żadnej poprawy jego stanu. Przeprowadzone wówczas badania określiły, że V. Lambert znajduje się w „stanie świadomości minimalnej plus" (§ 13).

1.2. Postępowanie przed sądami francuskimi

Wobec braku perspektyw poprawy personel szpitala na początku 2013 r. wszczął z udziałem żony pacjenta procedurę kolegialną, przewidzianą w ustawie z dnia 22 kwietnia 2005 r. o prawach chorych i o kresie życia (§ 14). Zakończyła się ona podjęciem decyzji o zaprzestaniu sztucznego karmienia i nawadniania chorego.

---

* Magister prawa (2016), magister filologii romańskiej (2016), doktorantka na Wydziale Filologicznym UJ.

[1] Wyrok Wielkiej Izby Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 5 czerwca 2015 r. w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji*, skarga nr 46043/14. Dla potrzeb niniejszej pracy przyjętą wersją językową jest wersja francuska, liczby w nawiasach odpowiadają sekcjom wyroku.

Decyzję tę wykonano 10 kwietnia 2013 r. (§ 15), jednak rodzice pacjenta, Pierre Lambert i Viviane Lambert, zgodnie z francuskim kodeksem procedury administracyjnej, zaskarżyli ją do sądu administracyjnego (§ 16), który orzeczeniem z 11 maja 2013 r. zdecydował o wznowieniu karmienia (§ 17), stwierdzając, że wyłączenie rodziców z procedury było uchybieniem.

Wszczęto następnie nową procedurę kolegialną i przeprowadzono konsultacje z lekarzami z innych ośrodków. Zorganizowano też dwa spotkania, na których obecna była cała rodzina, podczas których żona i sześcioro rodzeństwa pacjenta opowiedziało się za zaprzestaniem karmienia, zaś rodzice i pozostałe rodzeństwo za jego podtrzymaniem (§ 20).

Konsylium lekarzy 9 grudnia 2013 r. podjęło decyzję o zaprzestaniu sztucznego odżywiania i nawadniania V. Lamberta, stwierdzając, że jego obrażenia są nieodwracalne i dalsze leczenie jest bezcelowe i jedynie sztucznie podtrzymuje życie, a zatem stanowi uporczywą terapię w rozumieniu prawa francuskiego. Decyzja została ogłoszona 11 stycznia 2014 r. i miała być wykonana, począwszy od 13 stycznia, pod warunkiem niezaskarżenia jej do sądu administracyjnego (§ 22). 13 stycznia 2014 r. rodzice pacjenta i dwójka jego rodzeństwa wnieśli skargę do sądu administracyjnego (§ 23). Orzeczeniem z dnia 16 stycznia 2014 r. sąd administracyjny zawiesił wykonanie decyzji lekarzy (§ 24).

Sąd administracyjny stwierdził, że art. 2 EKPC pozwala, by państwa tworzyły regulacje umożliwiające sprzeciwienie się terapii przedłużającej życie, jak również temu, by w przypadku pacjentów nieświadomych lekarz mógł położyć kres uporczywej terapii, przy zachowaniu wszystkich gwarancji i umożliwieniu kontroli nad podejmowaną decyzją (§ 25). Sąd ten zauważył też, że w świetle norm kodeksu zdrowia publicznego i ustawy z dnia 22 kwietnia 2005 r. w przypadku pacjentów karmionych poprzez sondę dojelitową, wymagającą zastosowania technik inwazyjnych, którym nie dostarcza się innych substancji inną drogą, zastosowanie sondy stanowi terapię (§ 26).

Sąd odniósł się również do faktu, że V. Lambert nie wydał żadnych poleceń i nie wyznaczył osoby zaufania, która miałaby decydować o jego losie w podobnych przypadkach. Sąd zauważył, że poglądy, które wcześniej wyrażał, były efektem świadomych przemyśleń, ale jako że nie zostały wyrażone w sformalizowany sposób, nie można ich uznać za oświadczenie woli na ewentualność znalezienia się w takim stanie. Także fakt, że pacjent był skonfliktowany ze swoimi rodzicami, nie dzieląc ich przekonań religijno-moralnych, nie pozwala stwierdzić, że z całą pewnością odmówiłby on wszelkiego leczenia. Sąd orzekł, że lekarz prowadzący źle zinterpretował wolę V. Lamberta (§ 27). Sąd zauważył ponadto, że karmienie w tym przypadku nie ma na celu jedynie podtrzymania życia i wobec braku związanych z terapią cierpień nie może być ono traktowane jako nieproporcjonalne. W konsekwencji decyzja lekarzy stanowiła naruszenie prawa do życia V. Lamberta (§ 28).

Żona i bratanek pacjenta zaskarżyli orzeczenie sądu administracyjnego do Rady Stanu (§ 29), będącej we francuskim systemie prawnym odpowiednikiem polskiego NSA (§ 30). Stwierdziła ona, że działania lekarskie nie powinny stanowić uporczywej terapii i że mogą być zawieszone lub niepodjęte, jeśli są one nieproporcjonalne lub zbędne oraz nie mają na celu niczego oprócz sztucznego podtrzymania życia,

niezależnie od tego, czy pacjent jest u kresu życia, czy też nie. Zaznaczono też, że w braku oświadczenia woli pacjenta decyzja odnośnie do przerwania terapii powinna należeć do lekarza, przy zachowaniu wszelkich wymaganych prawem procedur. Dodano również, że ze stanu prawnego wynika, iż wszelkie działania mające na celu sztuczne podtrzymanie życia mogą stanowić uporczywą terapię (a więc też sztuczne karmienie i nawadnianie), a zatem mogą one zostać zaprzestane (§ 33).

Przed wydaniem ostatecznej decyzji Rada Stanu zarządziła przeprowadzenie ekspertyzy lekarskiej przez wybitnych specjalistów z różnych dziedzin medycyny, którzy mieli wypowiedzieć się w sposób niezależny co do stanu V. Lamberta i określić perspektywy jego ewentualnej poprawy (§ 34). Zespół lekarzy orzekł, że stan V. Lamberta pogarsza się (§ 40) i że czas, jaki upłynął od wypadku (pięć i pół roku), świadczy o nieodwracalnym charakterze obrażeń (§ 41). Zespołowi nie udało się też ustalić kodu porozumiewania się z pacjentem (§ 42). Stwierdzono również, że nawet jeśli V. Lambert reaguje na ból, są to reakcje nieświadome, nie można ich zatem interpretować jako chęć wyrażenia jakiejkolwiek woli (§ 43).

Krajowa Rada Lekarska (*Conseil National de l'ordre des médecins*), powołana w charakterze konsultanta, sprecyzowała, że wyrażenie „mające na celu jedynie sztuczne podtrzymanie życia" odnosi się do sytuacji, w których pacjenci są podtrzymywani przy życiu przez środki techniczne, które zastępują ich funkcje życiowe, przy jednoczesnym zaobserwowaniu u nich procesu nieodwracalnego pogarszania się funkcji poznawczych i interpersonalnych. Rada stwierdziła ponadto, że terapia może być uznana za uporczywą, jeśli długo nie pojawia się żadna poprawa stanu zdrowia.

Ostatecznie Rada Stanu orzekła, że sztuczne karmienie i nawadnianie można uznać za formę terapii, a więc możliwe jest ich przerwanie, jeśli terapia ta nosiłaby znamiona uporczywości (§ 48). Lekarz mógł zatem w przypadku V. Lamberta podjąć decyzję o ich zaprzestaniu przy jednoczesnym zachowaniu wszystkich wymogów proceduralnych. Stwierdzono, że lekarz prowadzący dochował procedury i jego decyzja nie jest obarczona żadną wadą (§ 50). Rada wzięła pod uwagę treść opinii lekarskiej i stwierdziła, że stan pana Lamberta nie niesie nadziei poprawy.

Rada podkreśliła też, że lekarz w podobnej sytuacji powinien wziąć pod uwagę przede wszystkim wolę pacjenta, która w tym konkretnym przypadku mogła być wyrażona wcześniej w różny sposób, nie tylko formalny. Z postępowania dowodowego, w szczególności z zeznań żony chorego, wynika zaś, że ona oraz jej mąż często rozmawiali na te tematy i za każdym razem V. Lambert jasno wyrażał, że nie chciałby być podtrzymywany sztucznie przy życiu. Zeznania te potwierdziło rodzeństwo pacjenta, stwierdzając, że taka postawa odpowiada charakterowi ich brata (§ 50). W związku z powyższym Rada Stanu zmieniła orzeczenie sądu administracyjnego, odrzucając wniosek o niezaprzestawanie sztucznego karmienia i nawadniania V. Lamberta (§ 51).

1.3. Skarga do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka

W związku z powyższym rodzice V. Lamberta, Pierre Lambert i Viviane Lambert, a także jego rodzeństwo, D. Philippon i A. Tuarze, 23 czerwca 2014 r. wnieśli

skargę do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka przeciwko Francji, podnosząc, że zaprzestanie sztucznego karmienia i nawadniania V. Lamberta jest naruszeniem pozytywnych obowiązków państwa wynikających z art. 2 EKPC. Ponadto, zdaniem skarżących, zaprzestanie karmienia i nawadniania pacjenta wraz z odmówieniem mu dostępu do zabiegów fizjoterapeutycznych i nauki przełykania od października 2012 r. stanowiłoby tortury i nieludzkie oraz poniżające traktowanie w rozumieniu art. 3 EKPC. Zdaniem skarżących odmowa dostarczania wody i pokarmu narusza integralność psychiczną V. Lamberta w rozumieniu art. 8 EKPC.

Żona V. Lamberta, Rachel Lambert, jego przyrodnia siostra, M.G. Lambert, i bratanek, F. Lambert, zostali przez przewodniczącego upoważnieni do uczestniczenia w procedurze pisemnej i ustnej.

W trybie art. 39 Regulaminu Izba wniosła do rządu francuskiego o zastosowanie środka tymczasowego polegającego na wstrzymaniu wykonania decyzji. Dnia 4 listopada 2014 r. Izba zrzekła się właściwości na rzecz Wielkiej Izby. Żadna ze stron nie sprzeciwiła się.

1.4. Rozstrzygnięcie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka

1.4.1. Co do zdolności skarżących do działania w imieniu i na rzecz Vincenta Lamberta

Trybunał poddał rozwadze rozumienie słowa „ofiara" na gruncie konwencyjnym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na przypadki słabości, które uniemożliwiają niektórym wniesienie skargi osobiście (§ 92). Przywołując swoje wcześniejsze orzecznictwo w sprawach dzieci, Trybunał określił, że dla stwierdzenia naruszenia art. 8 EKPC decydującym kryterium powinno być ryzyko, że interesy małoletnich umkną uwadze Trybunału i nie zostanie im przez to zapewniony należyty poziom ochrony (§ 94).

Trybunał podkreślił, że orzecznictwo odnoszące się do warunków wniesienia skargi w imieniu zmarłych nie ma w przedmiotowej sprawie zastosowania wobec faktu, że V. Lambert żyje, choć znajduje się w stanie wegetatywnym (§ 97). Trybunał odmówił również zastosowania kryteriów wypracowanych w sprawie *Koch*, gdyż tam skarżący wnosił skargę w swoim własnym imieniu (§ 100).

Trybunał stwierdził, że na gruncie przedmiotowej sprawy konieczne jest spełnienie dwóch kryteriów dopuszczalności skargi wniesionej w imieniu osoby bezbronnej: ryzyka, że prawa bezpośredniej ofiary zostaną pozbawione efektywnej ochrony, i braku konfliktu interesów pomiędzy skarżącym a ofiarą (§ 102). Badając spełnienie tych dwóch kryteriów, Trybunał zauważył, że nie ma ryzyka, że prawa ofiary zostaną pozbawione efektywnej ochrony, gdyż skarżący jako bliscy V. Lamberta mogą wnieść skargę do Trybunału w swoim własnym imieniu, powołując się na art. 2 EKPC (§ 103). Trybunał dostrzegł ponadto konflikt interesów istniejący między skarżącymi i ich synem. Trybunał orzekł w związku z tym jednomyślnie, że skarżący nie mają prawa wnieść skargi do Trybunału w imieniu V. Lamberta, powołując się na naruszenie art. 2, 3 i 8 EKPC (§ 105).

Pomimo powyższych stwierdzeń, wobec okoliczności sprawy Trybunał zadecydował zbadać zadane mu pytania w świetle art. 2 EKPC, ponieważ skarżący w tym właśnie zakresie wnieśli skargę również we własnym imieniu (§ 112).

1.4.2. Co do zarzucanego naruszenia art. 2 EKPC

Trybunał przypomniał najpierw, że rodzice zmarłego mogą uważać się za ofiary naruszenia art. 2 EKPC. W niniejszej sprawie zaś takie naruszenie jest potencjalne oraz przyszłe, gdyż bez wątpienia zaprzestanie sztucznego karmienia i nawadniania V. Lamberta doprowadzi do jego śmierci (§ 115).

Trybunał podkreślił też, że w świetle art. 2 EKPC na państwach-stronach spoczywa nie tylko obowiązek negatywny polegający na zakazie celowego zadawania śmieci, ale również obowiązek pozytywny, zobowiązujący je do podjęcia środków niezbędnych do ochrony życia osób podlegających ich jurysdykcji (§ 117).

W odniesieniu do obowiązków negatywnych państw Trybunał stwierdził, że zarówno skarżący, jak i rząd francuski dostrzegają różnicę między celowym zadaniem śmierci a zaprzestaniem terapii. Wobec istnienia w prawie francuskim gwarancji zabraniających celowego zadawania śmierci i dopuszczeniem tylko w ściśle określonych przypadkach zaprzestania terapii sztucznie podtrzymującej życie Trybunał stwierdził, że Francja w należyty sposób wywiązuje się ze swoich obowiązków negatywnych wynikających z art. 2 EKPC (§ 124).

Odnosząc się zaś do obowiązków pozytywnych państw, wynikających z art. 2, Trybunał przywołał wcześniejsze orzecznictwo w sprawach dotyczących zakończenia życia: sprawy *Sanles Sanles przeciwko Hiszpanii*, *Pretty przeciwko Wielkiej Brytanii*, *Haas przeciwko Szwajcarii*, *Koch przeciwko Niemcom* i *Glass przeciwko Wielkiej Brytanii*, przypominając, że tylko w sprawach *Glass* i *Koch* stwierdzono naruszenie gwarancji konwencyjnych (§ 139)[2].

Trybunał pokreślił również, że w przedmiotowej sprawie nie ma do czynienia z zagadnieniem eutanazji, ale z zaprzestaniem terapii sztucznie podtrzymującej życie (§ 141). W związku z tym, odnosząc się do kryteriów wypracowanych przez siebie wcześniej w sprawach dotyczących zaprzestania terapii, Trybunał określił, że w przedmiotowej sprawie należy w nich brać pod uwagę:

---

[2] W pierwotnej wersji orzeczenia Trybunał stwierdził, że w sprawie *Glass przeciwko Wielkiej Brytanii* nie stwierdzono naruszenia art. 8 Konwencji (§ 138), choć z treści rzeczonego orzeczenia wynikało coś innego. Wobec faktu, że niemożliwe było wniesienie jakiegokolwiek środka odwoławczego od orzeczenia Wielkiej Izby błąd ten został sprostowany w trybie art. 81 Regulaminu Trybunału. Należy jednak zauważyć, że nie było to w rzeczywistości sprostowanie oczywistej pomyłki drukarskiej, jak przewiduje ów przepis, a zmiana, która naruszyła cały tok rozumowania orzekających. Zastanawiające jest zatem, że zarówno w przypadku niestwierdzenia naruszenia art. 8 w sprawie *Glass,* jak i jego stwierdzenia, wnioski Trybunału w omawianym orzeczeniu pozostają takie same, tym bardziej że rzeczywista treść orzeczenia *Glass* przemawia na korzyść skarżących w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji.* W poważnym stopniu stawia to pod znakiem zapytania rzetelność Trybunału w tej sprawie. Por. G. Puppinck, *The ECHR Made a Legal Error in the Lambert Case,* http://www.ejiltalk.org/the-echr-made-a-legal-error-in-the-lambert-case/ (dostęp: 21 czerwca 2016 r.).

1) istnienie w prawie i praktyce państwa ram prawnych zgodnych z wymaganiami wynikającymi z art. 2;
2) wzięcie pod uwagę wcześniej wyrażonej woli pacjenta, jego bliskich, a także opinii personelu medycznego;
3) możliwość wniesienia skargi do sądu w razie wątpliwości, czy podjęta decyzja leży w interesie pacjenta (§ 143).

W orzeczeniu podkreślono ponadto brak konsensusu wśród państw-stron Konwencji w kwestiach dotyczących zakończenia życia i fakt, że wybór środków służących zadośćuczynieniu przez państwo obowiązkom wynikającym z art. 2 należy w związku z tym do marginesu swobody oceny (§ 146). Margines ten, zdaniem Trybunału, ma odnosić się nie tylko do dopuszczalności zaprzestania uporczywej terapii w danym porządku prawnym, ale również do sposobów zapewnienia przez dane państwo równowagi między ochroną życia pacjenta a jego prawem do życia prywatnego i autonomią woli (§ 148).

Odnosząc się do powyższych kryteriów zaprzestania terapii, Trybunał podkreślił, że francuskie prawo opracowało system ochrony, zgodnie z którym samo spełnienie przesłanki znajdowania się w nieodwracalnym stanie nieświadomości albo uzależnienia pacjenta od sztucznego karmienia i nawadniania nie może być jedyną przesłanką ich zaprzestania, gdyż nieznana wola pacjenta nie może być interpretowana jako odmowa podtrzymywania życia (§ 159). Trybunał uznał zatem za bezpodstawne twierdzenia skarżących, którzy podnosili, że regulacje ustawy z 22 kwietnia 2005 r. nie są wystarczająco jasne i naruszają obowiązki wynikające dla państwa z art. 2 EKPC (§ 160).

Jeśli zaś chodzi o uwzględnienie woli pacjenta, Trybunał podkreślił, że również w tym zakresie nie istnieje konsensus wśród państw-stron Konwencji (§ 168). Stwierdził jednak, iż wymagania wynikające z przepisów francuskich czynią zadość obowiązkom wynikającym z art. 2 (§ 168). Podkreślił ponadto wnikliwość poszczególnych etapów procedury, obejmującej konsultacje z członkami rodziny, lekarzami, specjalistami z różnych dziedzin, a także przedstawicielami organizacji pozarządowych, dostrzegając kompleksowość badań, którym poddawany był V. Lambert (§ 173).

Na podstawie analizy porównawczej prawa w państwach-stronach Konwencji Trybunał zauważył, że w pewnej liczbie państw w przypadku braku wcześniejszych wskazań pacjenta czy też tzw. testamentu życia domniemana wola pacjenta może być odtwarzana w rozmaity sposób (§ 179). Trybunał przywołał również ponownie orzeczenie w sprawie *Pretty przeciwko Wielkiej Brytanii*, w którym uznał prawo każdej osoby do odmowy poddania się leczeniu przedłużającemu życie (§ 180).

W związku z powyższym Trybunał orzekł, że w przedmiotowej sprawie dołożono wszelkich starań, by odtworzyć ewentualną wolę V. Lamberta (§ 180). Nie znalazł też żadnych uchybień w przeprowadzonej procedurze odwoławczej przed sądami francuskimi (§ 181). Trybunał uznał, że normy prawa francuskiego czynią zadość pozytywnym obowiązkom państwa wynikającym z art. 2 EKPC (§ 181) i nie stwierdził naruszenia tego przepisu w przedmiotowej sprawie (§ 182).

1.4.3. Co do zarzucanego naruszenia art. 8 EKPC

Co do zarzutu naruszenia art. 8 EKPC Trybunał dwunastoma głosami do pięciu orzekł, że nie ma potrzeby rozpatrywania go osobno, ponieważ zarzuty pokrywają się z zarzutami naruszenia art. 2.

1.4.4. Co do zarzucanego naruszenia art. 6 EKPC

Skarżący zarzucili również w skardze naruszenie art. 6 EKPC polegające na tym, że lekarz podejmujący w przedmiotowej sprawie decyzję decydował już wcześniej w tej samej sprawie i w związku z tym nie był bezstronny. Trybunał orzekł jednak, że nawet jeśli rzeczone naruszenia miałyby miejsce w tej sprawie, to biorąc pod uwagę, że rozważa jedynie naruszenia art. 2 EKPC, zarzut ten nie może być rozpatrywany.

1.4.5. Zdanie odrębne

Pięciu sędziów należących do składu orzekającego złożyło zdanie odrębne do wyroku. Sędziowie ci nie zgodzili się ze stwierdzeniem, że rodzice V. Lamberta nie mogą działać w jego imieniu (§ 2 zdania odrębnego). Orzeczeniu Trybunału zarzucają oni jednak przede wszystkim błędne założenie, że zaprzestanie uporczywej terapii może polegać na pozbawieniu pacjenta pokarmu i wody. Ich zdaniem są to bowiem dwa niezbędne komponenty służące podtrzymaniu życia (§ 2 zdania odrębnego) i przez to są one nieodłącznie związane z godnością ludzką (§ 4 zdania odrębnego). Ich zdaniem V. Lambert nie jest osobą umierającą, a zatem nie powinny mieć do niego zastosowania przepisy odnoszące się właśnie do takich osób (§ 6 zdania odrębnego).

W zdaniu odrębnym zarzucono także, że przy podejmowaniu decyzji podobnego rodzaju jak ta, którą podjęto w tej sprawie, nie można kierować się domysłami co do tego, jak wyglądałaby wola pacjenta w tym zakresie, ale należy mieć całkowitą pewność, że dana osoba nie życzyłaby sobie kontynuowania terapii w takiej formie (§ 5 zdania odrębnego).

2. Komentarz

Na samym wstępie należy zauważyć, że orzeczenie ETPC w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji* jest precedensowe. Nigdy wcześniej bowiem Trybunał nie orzekał na temat zgodności z normami konwencyjnymi działań państwa odnoszących się do zaprzestania uporczywej terapii w formie przerwania sztucznego odżywiania i nawadniania pacjenta pozbawionego świadomości. Problem ten jest tym istotniejszy, że w związku z ciągłym rozwojem medycyna już dziś pozwala przedłużyć ludzkie życie o wiele lat. Granica między życiem i śmiercią ulega stopniowemu zatarciu, a w związku z tym coraz częściej stawia się pytania zarówno o moment śmierci, jak i o granice dopuszczalności ingerencji medycznej w życie ludzkie[3].

---

[3] A. Wedeł-Domaradzka, *Śmierć a prawa człowieka,* Toruń 2010, s. 56.

Powyższe pytania nieodłącznie związane są z ochroną praw człowieka i dlatego sprawy o podobnym stanie faktycznym jak ten w analizowanym orzeczeniu staną się bez wątpienia jeszcze wiele razy przedmiotem orzecznictwa Trybunału. Nie jest zatem przesadne stwierdzenie, że w takich przypadkach wydany wcześniej, w omawianej w niniejszym opracowaniu sprawie, wyrok Wielkiej Izby, który ma szczególną rolę „perswazyjną i precedensotwórczą”[4], wyznaczy standard oceny podobnych spraw przez Trybunał w przyszłości i kierunek jego linii orzeczniczej w tej kwestii. Niezbędne jest w związku z tym bliższe przyjrzenie się standardom oceny, wypracowanym w przedmiotowym orzeczeniu, i rozważenie, jaką rolę w przyszłości mogą one odegrać.

Wydaje się, że analizę taką najlepiej przeprowadzić, opierając się na trzech kryteriach, pod kątem których Trybunał zbadał naruszenie norm konwencyjnych w przedmiotowej sprawie. Należy bowiem założyć, że to właśnie te kryteria staną się standardami orzeczniczymi w podobnych sprawach w przyszłości. Można je zatem uznać za kryteria zgodności z normami konwencyjnymi przepisów odnoszących się do zaprzestania uporczywej terapii i dlatego ich analizę należy przyjąć za punkt wyjścia do dalszych rozważań. Były to:

1) istnienie w prawie i praktyce państwa ram prawnych zgodnych z wymaganiami wynikającymi z art. 2;
2) wzięcie pod uwagę wcześniej wyrażonej woli pacjenta, jego bliskich, a także opinii personelu medycznego;
3) możliwość wniesienia skargi do sądu w razie wątpliwości, czy podjęta decyzja leży w interesie pacjenta.

2.1. Istnienie w prawie i praktyce państwa ram prawnych zgodnych z wymaganiami wynikającymi z art. 2

2.1.1. Skutki przyznania Francji marginesu swobody oceny w przedmiotowej sprawie

Analizę pierwszego z wymienionych wyżej kryteriów oceny należy rozpocząć od podkreślenia, że rozważając istnienie w prawie i praktyce państwa ram prawnych zgodnych z wymaganiami wynikającymi z art. 2, Europejski Trybunał Praw Człowieka przyznał Francji margines swobody oceny, stwierdzając, że „w dziedzinie która dotyczy zakończenia życia, tak samo jak w tej, która odnosi się do jego początków, należy przyznać państwom margines swobody oceny, nie tylko jeśli chodzi o dopuszczenie zaprzestania terapii sztucznie podtrzymującej życie lub jego brak i o warunki jego stosowania, ale także jeśli chodzi o sposób, w jaki zostanie zapewniona równowaga pomiędzy ochroną prawa do życia pacjenta i jego prawem do poszanowania życia prywatnego i autonomii osobistej” (§ 148).

Jest to stwierdzenie budzące wiele wątpliwości, bowiem zgodnie z poglądami doktryny możliwość zastosowania marginesu swobody oceny odnosi się przede

[4] M. Balcerzak, *Zagadnienie precedensu w prawie międzynarodowym praw człowieka,* Toruń 2008, s. 165.

wszystkim do tych wolności konwencyjnych, w których przewidziano klauzule limitacyjne[5]. Margines swobody oceny może być w związku z tym zastosowany głównie do oceny naruszenia przez państwa-strony wolności gwarantowanych przez art. 8, 9, 10 i 11, które taką właśnie klauzulę zawierają. Należy również przypomnieć, że stosowanie przez Trybunał marginesu swobody oceny jest umotywowane głównie uwzględnieniem różnorodności o podłożu kulturowym i światopoglądowym przy opracowywaniu standardów oceny.

W związku z powyższym zagadnienie, czy margines swobody oceny może odnosić się także do praw i wolności, którym Konwencja przyznaje największy stopień ochrony, a takim prawem jest niewątpliwie prawo do życia, jest niezwykle kontrowersyjne[6]. Zdaniem L. Garlickiego „ranga prawa do życia nakazuje stosowanie jednolitych standardów w skali wszystkich państw członkowskich i dlatego orzecznictwo dotyczące art. 2 nie stosuje odesłań do doktryny marginesu swobody oceny". Autor podkreśla, że pewne wyjątki od tej zasady znajdują się wprawdzie w orzecznictwie dotyczącym problemów eutanazji i aborcji[7], jednak, przywołując sprawę *Pretty przeciwko Wielkiej Brytanii*, w której Trybunał odniósł się do marginesu swobody oceny, L. Garlicki zauważa, że przyznanie marginesu swobody oceny w tej sprawie tak naprawdę nastąpiło w trakcie rozważania ewentualnego naruszenia art. 8 EKPC, a w związku z tym nie był on brany pod uwagę przy ocenie naruszenia art. 2[8].

W przypadku naruszeń art. 2 problematyczne jest również motywowanie stosowania marginesu swobody oceny różnicami światopoglądowymi i kulturowymi pomiędzy poszczególnymi państwami. Trudno bowiem wyobrazić sobie, że kultury poszczególnych państw-stron i światopoglądy jego mieszkańców mogą różnić się w kwestii podejścia do ludzkiego życia, któremu sam Trybunał przyznaje nadrzędną rolę.

Co więcej, przyznanie państwom przez Trybunał marginesu swobody oceny w sprawach należących do dziedziny tak wrażliwej jak ta, która jest związana z prawem do życia, może w dalszej perspektywie doprowadzić do cichej akceptacji przez społeczność międzynarodową, w imię poszanowania założenia różnorodności między państwami, praktyk, które nie powinny w żadnej mierze zostać dopuszczone. Wydaje się bowiem, że w kwestiach związanych ze sposobami zakończenia życia ludzkiego niezwykle istotne jest opracowanie jednolitego standardu oceny dla wszystkich państw-stron Konwencji celem wyznaczenia nieprzekraczalnych granic ingerencji tych państw w dobro, jakim jest życie[9].

---

[5] T.A. O'Donnell, *The Margin of Appreciation Doctrine: Standards in the Jurisprudence of the European Court of Human Rights*, Human Rights Quarterly 1982, nr 4, s. 477.

[6] L. Garlicki, *Wartości lokalne a orzecznictwo ponadnarodowe – „kulturowy margines oceny" w orzecznictwie strasburskim?,* EPS 2008, nr 4, s. 11.

[7] Trybunał przyznał państwom-stronom konwencji margines swobody w zakresie oceny, kiedy życie ludzkie się rozpoczyna, w wyroku Wielkiej Izby z dnia 8 czerwca 2004 r. w sprawie *Vo przeciwko Francji*, skarga nr 53924/00 (§ 82).

[8] *Ibidem,* s. 11. Należy jednak zauważyć, że w przytoczonej wyżej sprawie *Vo przeciwko Francji* przyznano margines swobody oceny w ramach art. 2 Konwencji.

[9] Podobną opinię wyraża również sędzia Ress w zdaniu odrębnym do wyroku w sprawie *Vo przeciwko Francji* (§ 8 zdania odrębnego).

Należy ponadto zastanowić się, czy w sprawach odnoszących się do problematyki prawa do życia Trybunał, stwierdzając brak konsensusu w danej kwestii wśród państw-stron Konwencji i odwołując się następnie do marginesu swobody oceny, nie ucieka od formułowania zasadniczych twierdzeń i opowiedzenia się za którymś z rozwiązań[10].

Wątpliwości tego typu podważają autorytet Trybunału na arenie międzynarodowej i zmuszają do zadania pytania, czy takie odwołania do doktryny marginesu swobody oceny nie doprowadzą do zachwiania w przyszłości sprawowanej przez niego roli twórcy międzynarodowych uniwersalnych standardów ochrony praw człowieka.

W przedmiotowej sprawie margines swobody oceny został zastosowany do oceny zgodności z normami konwencyjnymi dwóch fundamentalnych kwestii, które Trybunał musiał rozstrzygnąć dla wyznaczenia granic dopuszczalnej ingerencji w dobro, jakim jest ludzkie życie. Były to konieczność określenia, czy sztuczne odżywianie i nawadnianie pacjenta stanowi terapię, oraz pytanie, jakie warunki musi spełnić terapia, by móc zostać uznana za uporczywą, a zatem taką, której zaprzestanie może być dopuszczone. To właśnie te dwie kwestie powinny zostać szerzej omówione.

2.1.2. Kwestia uznania sztucznego odżywiania i nawadniania pacjenta za terapię

Na wstępie należy zaznaczyć, że większość problemów związanych ze sztucznym odżywianiem i nawadnianiem pacjentów pozostaje wciąż nierozwiązana, gdyż dyskusja na temat tego zagadnienia jest obecna w debacie publicznej stosunkowo od niedawna. Wynika to w przeważającej mierze z faktu, że dopiero w ostatnich latach nauka rozwinęła technologie pozwalające na dostarczanie do organizmu pacjentów substancji odżywczych. Wcześniej zaś nieprzyjmowanie pokarmu było normalnym objawem towarzyszącym procesowi umierania i standardowo poprzedzało śmierć człowieka[11].

Obecnie coraz więcej pacjentów w trakcie procesu leczenia poddawanych jest procedurze sztucznego odżywiania i nawadniania bądź doraźnie, w miarę potrzeb, bądź też przez dłuższy czas. Wydaje się jednak, że ustawodawstwa większości państw nie nadążają za postępem nauki, o czym świadczy brak kompleksowych regulacji w tym przedmiocie. Problematyczne okazuje się już samo określenie natury sztucznego odżywiania i nawadniania i jednoznaczne stwierdzenie, czy stanowi ono formę terapii.

Na gruncie omawianej w niniejszym opracowaniu sprawy rozstrzygnięcie tego problemu jest kwestią fundamentalną, bowiem zgodnie z prawem francuskim (które

---

[10] G. Puppinck, C. de La Hougue, *«L'effrayant» arrêt Lambert. Commentaire de l'arrêt CEDH, Lambert et autres contre France, GC no 46043/14, 5 juin 2015,* Révue générale de droit médical 2015, vol. 56, http://www.academia.edu/16017782/_L_effrayant_arr%C3%AAt_Lambert_Commentaire_de_l_arr%C3%AAt_CEDH_Lambert_et_autres_contre_France_GC_n_46043_14_5_juin_2015_RGDM_n_56, (cytaty w niniejszej pracy według numeracji w publikacji online), s. 12.

[11] J. Lynn, J.E. Childress, *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę?* [w:] W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci i umierania. Antologia bioetyki,* t. 1, Kraków 2009, s. 142.

zakazuje wszelkich form eutanazji czynnej) zaprzestać można jedynie terapii. Gdyby zatem odpowiedź na powyższe pytanie okazała się przecząca, to pozbawienie V. Lamberta pokarmu i wody zostałoby uznane za celowe doprowadzenie do jego śmierci w wyniku zagłodzenia, co podlegałoby karze jako zabójstwo. Gdy jednak uznać, że sztuczne odżywianie i nawadnianie stanowi terapię, będzie to oznaczać, iż na V. Lambercie można dokonać tej formy eutanazji biernej, jaka jest dopuszczona przez porządki prawne większości państw.

W tekście opracowanego przez Komitet do spraw Bioetyki Rady Europy *Przewodnika dotyczącego podejmowania decyzji dotyczących świadczeń medycznych w sytuacji zakończenia życia* stwierdzono, że wśród państw nie ma konsensusu co do natury sztucznego odżywiania oraz nawadniania[12]. Prawo francuskie w stanie prawnym obowiązującym na chwilę wydania orzeczenia Trybunału w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji* również nie rozstrzygało tej kwestii w jednoznaczny sposób. Uznanie sztucznego odżywiania oraz nawadniania za formę terapii było poglądem wypracowanym przez doktrynę i orzecznictwo, który potwierdziła Rada Stanu w swoim wyroku wydanym w przedmiotowej sprawie w dniu 14 lutego 2014 r. (§ 154). Należy jednak zastanowić się, czy jest to pogląd słuszny i czy istotnie sztuczne odżywianie oraz nawadnianie można uznać za formę terapii.

W pierwszej kolejności trzeba zwrócić uwagę na okoliczność podkreśloną przez sędziów, którzy złożyli w tej sprawie zdanie odrębne. Utrzymują oni, że w przypadku sztucznego odżywiania i nawadniania pacjenta nie może być mowy o zaprzestaniu terapii, bowiem dostarczanie pacjentowi pokarmu i wody, nawet jeśli dokonywane jest przez sondę, stanowi element podstawowej opieki nad chorym, nieodłącznie związanej z godnością ludzką (§ 4 zdania odrębnego). Również J. Lynn i J.E. Childress przytaczają pogląd, zgodnie z którym pokarm oraz woda są podstawowymi symbolami opieki[13].

Sędziowie składający zdanie odrębne od wyroku słusznie zauważają również, że określenie „sztuczne" w odniesieniu do odżywiania powinno odnosić się do wszelkich form karmienia innej osoby, w tym przykładowo także do podawania niemowlakowi mleka przez butelkę (§ 7 zdania odrębnego), bowiem również w tym przypadku pokarm przechodzi przez pewien rodzaj „pośrednika" zanim trafi do żołądka karmionego. Jeśli spojrzymy na problem dostarczania substancji odżywczych V. Lambertowi od tej strony, to nieuniknione będzie uznanie, że sonda również jest takim „pośrednikiem". Organizm V. Lamberta nie utracił przecież zdolności do trawienia pokarmu i jedynym problemem, jaki wiąże się z jego odżywianiem, jest to, w jaki sposób dostarczyć do jego żołądka niezbędne substancje.

Podnosi się, że nikt nie ma obowiązku znosić nadzwyczajnego cierpienia[14], i można zaprzestać środków które je powodują. Nie ma jednak żadnych dowodów na to, że stosowanie sztucznego odżywiania i nawadniania powoduje u tego konkretnego

[12] http://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-on-the-decision-making-process-regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations (dostęp: 18 czerwca 2016 r.).

[13] J. Lynn, J.E. Childress, *op. cit.,* s. 152.

[14] J. Malczewski, *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem,* Warszawa 2012, s. 90.

pacjenta jakiekolwiek cierpienia (§ 28) czy też wiąże się z nadmiernym wysiłkiem dla jego organizmu. Ten tok rozumowania prowadzi zatem do nieuniknionego wniosku, że odżywanie i nawadnianie nie może być uznane w przypadku V. Lamberta za środek nieproporcjonalny, co jest w prawie francuskim warunkiem koniecznym do zakwalifikowania terapii jako uporczywej.

Kolejną kwestią związaną z tą problematyką, na którą również zwracają uwagę sędziowie składający zdanie odrębne, jest fakt, że w przypadku zaprzestania dostarczania substancji odżywczych V. Lambertowi nie możemy mówić o „przywracaniu śmierci jej naturalnego charakteru", choć tak utrzymuje Rada Stanu w swoim wyroku. Aby bowiem mogło tak być, V. Lambert musiałby znajdować się w stanie agonii, w którym odmowa przyjmowania pokarmów przez organizm byłaby jednym z objawów „wygaszania" jego funkcji życiowych. Ten konkretny pacjent nie jest przecież umierający, a jedynie w dużym stopniu niepełnosprawny.

Należy przy tym zaznaczyć, że omawiana kwestia przedstawiałaby się zupełnie inaczej, gdyby sztuczne karmienie i nawadnianie V. Lamberta dokonywane było jedynie w formie kroplówek czy zastrzyków, za pomocą których dostarczano by substancje odżywcze wprost do krwioobiegu pacjenta, a więc zastępowałyby one wszystkie funkcje życiowe związane z odżywianiem i ich jedynym celem byłoby przedłużanie życia za wszelką cenę. W takiej sytuacji sztuczne odżywianie istotnie byłoby środkiem nieproporcjonalnym, stanowiącym zbytnie obciążenie dla pacjenta, a nawet w skrajnych przypadkach mogłoby ono stanowić formę terapii.

Mając na uwadze powyższe argumenty, konieczne jest stwierdzenie, że w kwestiach medycznych wszelkie uogólnienia są niewskazane, gdyż każdy przypadek choroby jest inny. Pewne jest natomiast, że sztuczne karmienie i nawadnianie V. Lamberta nie stanowi terapii. Natomiast ETPC, stwierdzając zgodność z normami konwencyjnymi francuskiego wyroku wydanego w analizowanej sprawie, zaakceptował ogólny standard uznający odżywianie i nawadnianie za pomocą sondy za formę terapii. Ma to bardzo daleko idące konsekwencje.

Najbardziej widoczną z nich jest nowelizacja francuskiej ustawy z dnia 22 kwietnia 2005 r., uchwalona w dniu 2 lutego 2016 r.[15], która w art. 2 do terapii podlegających zaprzestaniu w świetle art. L 1110-5-1 kodeksu zdrowia publicznego zalicza *expressis verbis* sztuczne karmienie i nawadnianie, niezależne od formy, w jakiej jest ono dokonywane. Uchwalając tę zmianę, ustawodawca francuski jednoznacznie rozwiązał wieloletni spór w doktrynie co do tej kwestii, co zaś bez wątpienia stało się pod wpływem wyroku Trybunału w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji*.

Tym samym wielce prawdopodobne jest, że kolejne państwa-strony Konwencji, nawet te najbardziej sceptyczne w stosunku do tak szerokiego rozumienia określenia „terapia", za przykładem Francji przyjmą podobne regulacje w swoich porządkach prawnych. Wyrok Trybunału z pewnością przyczyni się do zmiany nastawienia do tej problematycznej kwestii. Widać to choćby na przykładzie Włoch, gdzie pod pierwsze głosowania poddano już ustawę uznającą sztuczne karmienie i odżywianie za for-

[15] Ustawa z dnia 2 lutego 2016 r. nr 2016-87.

mę terapii, która może zostać zaprzestana[16]. Wśród owych państw może się kiedyś znaleźć również Polska, w której na dzień dzisiejszy podobnie rozumienie terapii jest niedopuszczalne. Wyrok Trybunału w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji* może się stać doskonałym dowodem na poparcie tezy, że istnieje potrzeba przedefiniowania uporczywej terapii w naszym systemie prawnym[17].

Analizowany w niniejszym opracowaniu wyrok może zatem nieodwracalnie wpłynąć na los ludzi, którzy od wielu lat, podobnie jak V. Lambert, odżywiani są za pomocą sondy. Częstotliwość występowania podobnego stanu ilustruje fakt, że według szacunków francuskiego ministerstwa zdrowia w samej Francji jest ich około półtora tysiąca[18]. Dziś wszyscy ci ludzie za sprawą jednego wyroku Trybunału mogą zostać pozbawieni niezbędnych dla życia substancji odżywczych.

2.1.3. Kwestia określenia znamion uporczywości na gruncie prawa francuskiego

Prawo francuskie definiuje uporczywą terapię jako taką, która jest „zbędna, nieproporcjonalna i nie mieć innego celu niż sztuczne podtrzymywanie życia" (art. L-11110-5-1 kodeksu zdrowia publicznego), a zatem za kryteria oceny terapii uznaje użyteczność, celowość i proporcjonalność. ETPC nie zakwestionował w żaden sposób francuskich regulacji w tym zakresie, jednakże nie można nie zauważyć faktu, że taki sposób definiowania uporczywej terapii wydaje się niewystarczający z punktu widzenia pozytywnych obowiązków państwa wynikających z art. 2 EKPC.

Punktem wyjścia tej części analizy powinno być stwierdzenie, że „celem rezygnacji z uporczywej terapii nie jest skrócenie życia, ale nieprzedłużanie umierania i opóźniania nieuchronnej śmierci"[19]. Wydaje się zatem, że aby móc określić terapię jako uporczywą, musi zaistnieć u chorego stan, który możemy nazwać „umieraniem", w którym śmierć zbliża się nieuchronnie. R. Krajewski precyzuje, że umieranie to „terminalny okres choroby, w którym stan pacjenta ciągle pogarsza się, co nieuchronnie prowadzi do śmierci w krótkim i dającym się przewidzieć terminie"[20]. Pewnych

---

[16] A. Riccadonna, *Fine vita, la legge avanza. La nutrizione assistita si può sospendere?,* http://www.lavocedeltempo.it/Voci-dall-Italia/Fine-vita-la-legge-avanza.-La-nutrizione-assistita-si-puo-sospendere (dostęp: 23 kwietnia 2017 r.).

[17] Por. http://info.wiara.pl/doc/183359.Prof-Safjan-za-redefinicja-pojecia-uporczywej-terapii (dostęp: 20 czerwca 2016 r.).

[18] L. Calverul, *1500 personnes dans un état proche de celui de Vincent Lambert,* http://www.lemonde.fr/sante/article/2014/02/14/1500-personnes-dans-un-etat-proche-de-celui-de-vincent-lambert_4366808_1651302.html (dostęp: 21 czerwca 2016 r.); J.-Y. Nau, *Ces 1500 Vincent Lambert dont personne ne parle,* http://www.slate.fr/story/88987/ces-1500-vincent-lambert-dont-personne-ne-parle (dostęp: 21 czerwca 2016 r.).

[19] W. Bołoz, *Rezygnacja z uporczywej terapii czy utrzymywanie życia za wszelką cenę* [w:] W. Sinkiewicz, M. Krajnik, R. Grabowski (red.), *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii,* Bydgoszcz 2013, s. 44.

[20] R. Krajewski *Komentarz do definicji uporczywej terapii* [w:] W. Sinkiewicz, M. Krajnik, R. Grabowski (red.), *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii,* Bydgoszcz 2013, s. 13.

wskazówek udziela również W. Bołoz, który utrzymuje, że kiedy mówimy o „umieraniu", chodzi o „osiągnięcie przez chorego stanu krytycznego, przewidzianego przez scenariusz umierania w danej chorobie"[21].

Także pytanie o to, kiedy tak naprawdę rozpoczyna się proces umierania, wciąż pozostaje otwarte. Należy jednak zgodzić się z A. Wedeł-Domaradzką, która stwierdza, że najważniejsze jest „utwierdzenie się w pewności co do nieodwracalności procesu śmierci".

Wobec powyższego można podsumować, że terapię można uznać za uporczywą dopiero wówczas, kiedy na podstawie wiedzy medycznej da się jednoznacznie stwierdzić, że proces umierania pacjenta już się rozpoczął i śmierć pacjenta jest nieuchronna, a dany typ terapii jedynie odwleka ją w czasie, przysparzając pacjentowi niedogodności różnego typu i potęgując jedynie jego cierpienie.

Francuski ustawodawca dopuszcza jednak, by zaprzestawano terapii także tych osób, które nie są jeszcze umierające. W toku sprawy V. Lamberta wielokrotnie podkreślano bowiem, że już z samej nazwy ustawy z dnia 22 kwietnia 2005 r. o prawach chorych i o kresie życia da się wywnioskować, że osoby, których status prawny reguluje ten akt, niekoniecznie muszą znajdować się „u kresu życia" (§ 44). Powyższe unormowanie jest zastanawiające przede wszystkim z punktu widzenia zakresu ochrony wynikającej z art. 2 EKPC, a w szczególności z faktu, że zgodnie z orzecznictwem samego Trybunału na państwach-stronach w zakresie ochrony życia spoczywają zarówno obowiązki negatywne, jak i pozytywne[22]. Oczywiste jest zatem, że państwa powinny podjąć wszelkie kroki, by nie doprowadzać do śmierci osób, które mogłyby jeszcze żyć.

O ile niepodważalne wydaje się zatem, że zaprzestanie terapii jest uzasadnione w przypadkach, w których leczenie przedłuża jedynie cierpienia pacjenta będące skutkiem przeciągającej się agonii, o tyle w przypadku V. Lamberta należy zgodzić się z sędziami składającymi zdanie odrębne, że nie jest on umierający (§ 4 zdania odrębnego). Fakt, że jego zgon z całą pewnością nastąpi wkrótce po usunięciu sondy, również nie dowodzi, iż proces jego umierania już się rozpoczął, jest to bowiem jedynie potwierdzenie prawdy biologicznej, że żaden organizm nie może przeżyć bez substancji odżywczych. Sędziowie składający zdanie odrębne zauważyli również, że nie ma żadnych dowodów na to, iż pacjent odczuwa ból wynikający ze swojej choroby, poza oczywistym dyskomfortem wynikającym z faktu pozostania w łóżku (§ 4 zdania odrębnego). Nie ma ponadto żadnych dowodów na to, iż odżywianie i nawadnianie przez sondę sprawia V. Lambertowi jakikolwiek ból. Czym zatem można uzasadnić zaprzestanie dostarczania mu substancji odżywczych, nawet jeśli uzna się je za element terapii?

Jakże niebezpieczna wydaje się zatem akceptacja przez Trybunał takiego sposobu rozumienia uporczywej terapii, jaki występuje w prawie francuskim. Jest to bowiem pierwszy krok w stronę arbitralnego uznania czyjegoś życia za niewarte

[21] W. Bołoz, *op. cit.,* s. 44.

[22] M. Florczak-Wątor, *Pozytywne obowiązki państwa w zakresie ochrony praw konwencyjnych jednostki*, Przegląd Naukowy Disputatio 2010, nr 9, s. 314.

podtrzymania i rozpoczęcia wydawania „sądów o jakości ludzkiego życia”[23]. Otwarte pozostaje zatem pytanie, dlaczego Trybunał nie podważył zgodności prawa francuskiego z Konwencją w zakresie definiowania uporczywości terapii.

2.2. Kwestia wzięcia pod uwagę wcześniej wyrażonej woli pacjenta, jego bliskich, a także opinii personelu medycznego

2.2.1. Zasada prymatu woli pacjenta przy podejmowaniu decyzji o dalszych losach leczenia

Trybunał w orzeczeniu *Lambert i inni przeciwko Francji* stwierdził, że wśród państw-stron istnieje zgoda co do tego, że decydującą rolę w podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu terapii powinna odgrywać wola samego pacjenta, niezależnie, w jaki sposób zostanie ona wyrażona (§ 147).

Pewnych wskazówek co do europejskich standardów oceny w kwestii podejmowania decyzji o zaprzestaniu terapii dostarcza Konwencja Rady Europy z 1997 r. o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny, zwana konwencją z Oviedo, którą na chwilę obecną ratyfikowało dopiero 29 państw (w 2012 r. Francja)[24], jednak można uznać, że prezentuje ona pewne wzorce pożądanych w Europie rozwiązań w dziedzinie bioetyki. Również ETPC w orzeczeniu w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji* powołuje się na ten dokument (§ 59).

Konwencja z Oviedo duży nacisk kładzie na poszanowanie woli pacjenta (art. 5), która staje się podstawowym warunkiem przeprowadzenia każdej interwencji medycznej. Nie ulega bowiem wątpliwości, że to właśnie wola pacjenta powinna być brana przede wszystkim pod uwagę przy podejmowaniu decyzji na temat zastosowania jakiegokolwiek leczenia. Podkreśla się, że tylko pacjent jest dysponentem dobra, jakim jest jego integralność cielesna, a więc tylko on może udzielić zgody na jej naruszenie[25]. Jedynie zgoda pacjenta uchyla zatem bezprawność działania polegającego na naruszeniu przez lekarza integralności cielesnej[26].

W prawie francuskim również uznaje się, że zgoda pacjenta powinna odgrywać rolę decydującą na każdym etapie leczenia. Co więcej, od czasów przełomowego orzeczenia Sądu Kasacyjnego w sprawie *Mercier* z dnia 20 maja 1936 r. francuska doktryna prawa uznaje więź łączącą lekarza z pacjentem za węzeł regulowany normami prawa cywilnego, w którym zgoda pacjenta na przeprowadzenie zabiegu medycznego podlega normom odnoszącym się do wszystkich oświadczeń woli[27].

[23] P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej,* Warszawa 1997, s. 83.

[24] http://www.coe.int/pl/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164/signatures (dostęp: 8 czerwca 2016 r.)

[25] M. Filar, *Postępowanie lecznicze (świadczenie zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody*, Prawo i Medycyna 2003, nr 5, s. 41–48 (tu: s. 42).

[26] M. Świderska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny w świetle ustawodawstwa i orzecznictwa francuskiego*, Prawo i Medycyna 2003, nr 5, s. 97–105 (tu: s. 97).

[27] B. Stahl, *Le consentement à l'acte médical,* Revue juridique de l'Ouest 1998, nr 3, s. 292–293.

Ponadto prawo francuskie stawia bardziej szczegółowe wymogi uświadomienia i swobody podejmowania decyzji, jakie musi spełnić zgoda pacjenta, by na jej podstawie można było dokonać zabiegu. Są one odbiciem ogólnoświatowych tendencji zmierzających do wzmocnienia przesłanek decydujących o skuteczności zgody na dokonanie interwencji medycznej[28]. Przesłanki te zawiera między innymi art. 5 konwencji z Oviedo, który stanowi, że „nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej" (*consentement éclairé*). W prawie francuskim warunki te są wymienione w art. L 1111-4 kodeksu zdrowia publicznego.

O ile jednak wymóg swobody przy wyrażaniu zgody nie budzi wątpliwości, o tyle wymóg zgody uświadomionej może być trudniejszy do spełnienia. Uświadomienie powinno polegać na poinformowaniu pacjenta o wszelkich możliwych konsekwencjach jego decyzji, a także o wszystkich dostępnych możliwościach, a w szczególności na poinformowaniu pacjenta o ewentualnych zagrożeniach, jakie niesie ze sobą zamierzona przez personel medyczny terapia[29]. Jest to w pewnym stopniu powtórzenie art. 5 konwencji z Oviedo, który stanowi, że „przed dokonaniem interwencji osoba jej poddana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku". Z drugiej strony we francuskiej doktrynie podkreśla się również, że jeżeli pacjent znajduje się w stanie terminalnym i nie życzy sobie kontynuacji terapii, lekarz ma obowiązek uszanować jego zdanie i odstąpić od dalszego leczenia, jednak musi uświadomić choremu skutki dokonanego przezeń wyboru[30].

Przedstawione wyżej francuskie regulacje prawne są rezultatem rozumowania, że tylko pacjent, który został dokładnie poinformowany o wszystkich możliwościach, może świadomie podjąć decyzję o dalszym leczeniu i złożyć oświadczenie woli co do tej kwestii, które nie będzie obarczone wadami[31]. Należy bowiem zgodzić się z M. Filarem, który twierdzi, że „oświadczenie woli, którego rezultatem jest wyrażenie zgody, musi być wynikiem (…) decyzji osoby je składającej powstałej na gruncie należytego rozpoznania okoliczności faktycznych"[32].

Jednakże, o ile w europejskich porządkach prawnych nie istnieją wątpliwości co do tego, że to przede wszystkim pacjent powinien decydować o swoim losie (a zatem o kierunkach swojego leczenia) i mieć w związku z tym możliwość zadecydowania o jego przerwaniu lub kontynuacji, o tyle wciąż trudna do rozwiązania pozostaje kwestia podejmowania decyzji o kontynuacji terapii tych pacjentów, którzy nie są w stanie skutecznie złożyć żadnego oświadczenia woli z powodu stanu, w jakim się znajdują. W świetle sprawy *Lambert i inni przeciwko Francji* to właśnie odpowiedź na pytanie, kto powinien podejmować decyzję o kierunku leczenia lub o zaprzestaniu terapii pacjenta trwale pozbawionego świadomości, ma fundamentalne znaczenie.

---

[28] M. Safjan, *Prawo i medycyna,* Warszawa 1998, s. 36.

[29] B. Stahl, *op. cit.,* s. 293.

[30] M. Świderska, *Prawo do godnej śmierci w świetle nowej regulacji prawnej we Francji*, Prawo i Medycyna 2006, nr 2, s. 114.

[31] B. Stahl, *op. cit.,* s. 293.

[32] M. Filar, *op. cit.,* s. 42.

2.2.2. Kwestia ustalenia woli pacjenta pozbawionego świadomości

Odnosząc się do powyższych rozważań, już bez przeprowadzania dogłębnej analizy tego problemu, można wysunąć wniosek, że nawet jeśli pacjent w chwili podejmowania decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii jest pozbawiony świadomości, nadal to jego zdanie powinno być decydujące. Na skutek utraty przytomności nie traci on bowiem prawa do decydowania o swoim losie, a jedynie możliwość zakomunikowania swojej woli otoczeniu. Wobec powyższego problematyczna pozostaje jedynie kwestia, w jaki sposób można uzyskać oświadczenie woli od pacjenta, którego w doktrynie prawa nazywa się niekompetentnym[33].

Europejski Trybunał Praw Człowieka w orzeczeniu *Lambert i inni przeciwko Francji* stwierdził, że w podobnych sytuacjach w porządkach prawnych państw-stron EKPC bierze się pod uwagę wcześniejszą wolę pacjenta, niezależnie od tego, w jaki sposób została ona wyrażona (§ 147). Nie można jednakże całkowicie zgodzić się z Trybunałem co do istnienia podobnego konsensusu wśród państw-stron Konwencji.

Należy bowiem podkreślić, że wbrew stwierdzeniom zawartym w orzeczeniu w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji*, w europejskich porządkach prawnych nie wykształcił się jeden model podejmowania decyzji w sprawie kontynuacji lub zaprzestania terapii osób pozbawionych świadomości. Wspomniana wcześniej konwencja z Oviedo stanowi wprawdzie w art. 9, że „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli", jednakże, biorąc pod uwagę liczbę państw, które ratyfikowały konwencję, wątpliwe jest, by ten wzorzec uznawany był w każdym z nich.

Próbą rozstrzygnięcia tej kwestii zdaje się być wprowadzenie do porządku prawnego wielu państw możliwości sporządzania tzw. dyrektyw antycypowanych, których pierwotnym założeniem było zamierzenie zapewnienia osobom znajdującym się aktualnie w pełni władz umysłowych możliwości zadecydowania o kontynuacji lub przerwaniu uporczywej terapii na wypadek pozbawienia świadomości w przyszłości[34].

W kontekście analizowanej w niniejszym studium sprawy *Lambert i inni przeciwko Francji* można założyć, że wyrok, jaki wydał w niej Trybunał, może okazać się czynnikiem, który zachęci kolejne państwa-strony Konwencji, które nie przewidują jeszcze w swoich systemach prawnych podobnych rozwiązań, do podjęcia w najbliższym czasie inicjatywy ustawodawczej w tym zakresie. Być może wyrok ten wpłynie na przełamanie ogromnego społecznego oporu, jaki istnieje w niektórych państwach, na przykład w Polsce, wobec instytucji tego typu, ukazując, że nie naruszają one w żadnej mierze praw człowieka.

Należy jednakże podkreślić, że problematyka dyrektyw antycypowanych i innych podobnych im oświadczeń woli *pro futuro* jest poruszana przez Trybunał jedynie

---

[33] J. Malczewski, *op. cit.,* s. 102.

[34] A. Sporczyk, *Oświadczenia woli pro futuro w prawie francuskim i anglosaskim*, Prawo i Medycyna 2015, nr 1, s. 57.

niejako na uboczu analizowanej sprawy, jako że V. Lambert przed wypadkiem nie pozostawił żadnych wskazań co do postępowania z jego osobą w sytuacji, w której pozbawiony byłby możliwości samodzielnego decydowania o swoim losie. Dlatego też więcej miejsca należy poświęcić analizie, w jaki sposób należy podejmować decyzje o losie pacjenta pozbawionego świadomości w sytuacji braku wcześniejszych wskazań w tym przedmiocie z jego strony.

Krótki przegląd orzeczeń europejskich sądów wydawanych w podobnych sprawach[35] pozwala stwierdzić, że w europejskich porządkach prawnych dominują dwa rodzaje testów na odtworzenie ewentualnej woli pacjenta: subiektywny oraz obiektywny[36]. Zwolennicy testu subiektywnego postulują podjęcie próby dowiedzenia się, jaką decyzję podjąłby konkretny pacjent, gdyby był świadomy i miał możliwość racjonalnie ocenić sytuację, w jakiej się znalazł. W takim wypadku decydujące znaczenie będą miały przekonania religijne pacjenta, jego filozofia życiowa, wcześniejszy styl życia, a ewentualnie także treść rozmów na temat śmierci, jakie przeprowadził z rodziną i przyjaciółmi. Ponadto, opierając się na zbudowanej w ten sposób woli domniemanej, dążymy do jak najpełniejszego spełnienia formalnego kryterium dobrowolności[37].

Test obiektywny przewiduje natomiast określenie, jaką decyzję podjąłby przeciętny człowiek, znajdując się w takim dokładnie stanie jak dany pacjent. Fundamentalne dla oceny jego ewentualnej woli będą zatem kwestie, takie jak odczuwany z powodu choroby ból i dyskomfort, szanse na powrót do zdrowia i odzyskanie sprawności oraz perspektywa dehumanizacji w dalszym procesie leczenia[38]. Test obiektywny zwraca też uwagę na korzyści, jakie z dalszej terapii czerpie pacjent, tak jak miało to miejsce w brytyjskiej sprawie *Blanda*, gdzie orzeczono, że samo trwanie życia biologicznego nie jest korzyścią[39]. W praktyce następuje zatem konflikt pomiędzy subiektywnym i obiektywnym uzasadnieniem decyzji o zaprzestaniu terapii. Tak naprawdę jest to konflikt pomiędzy dwoma dobrami, jakimi są obiektywne dobro pacjenta (*salus aegroti suprema lex esto*) i poszanowanie jego woli (*voluntas aegroti suprema lex esto*)[40].

Oczywiste jest, że lekarze optują przeważnie za zasadą *salus*[41], uzasadniając to posiadaną przez siebie wiedzą medyczną. Do zasady *salus* nawiązuje również konwencja z Oviedo, która w art. 6 stanowi, że interwencji medycznej na osobie niezdolnej do wyrażenia zgody można dokonać tylko wtedy, gdy jest to dla niej bezpośrednio korzystne. Przepis ten nie oznacza jednakże wcale, że lekarz ma się

---

[35] Por. wyrok Izby Lordów z dnia 4 lutego 1993 r. w sprawie *Airedale N.H.S. Trust v Bland*, 1 All ER 821 oraz orzeczenie I sekcji włoskiego Sądu Kasacyjnego (Cass.civ., sez. I) z dnia 16 października 2007 r., nr 21748.

[36] M. Śliwka, *Zagadnienia związane z końcem życia ludzkiego – aktualne tendencje w prawie porównawczym*, Prawo i Medycyna 2013, nr 3–4, s. 181–182.

[37] J. Malczewski, *op. cit.,* s. 102.

[38] M. Śliwka, *Zagadnienia związane…, op. cit.* s. 182–183.

[39] P. Singer, *op. cit.,* s. 75.

[40] E. Zielińska, *Powinność lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, Prawo i Medycyna 2000, nr 2, s. 73.

[41] *Ibidem,* s. 73.

kierować wyłącznie dobrem pacjenta i w związku z tym postępować wbrew jego woli, gdy okaże się to konieczne.

W większości państw europejskich poszukuje się aktualnie instrumentów prawnych, które pomogłyby zapewnić równowagę pomiędzy poszanowaniem woli pacjenta pozbawionego świadomości a jego obiektywnie rozumianym dobrem. Mając to na uwadze, należy zgodzić się z M. Filarem, że obecnie „zasada *voluntas aegroti* staje się równorzędną, a być może i priorytetową w stosunku do zasady *salus aegroti superma lex esto*"[42].

Z drugiej strony należy jednak podkreślić, że pomimo tych tendencji, państwa Rady Europy wciąż podchodzą do tej kwestii w zróżnicowany sposób. Pomimo tendencji zmierzających do tego, by zwiększać znaczenie woli pacjenta, co widać na przykładzie ustawodawstwa Wielkiej Brytanii ostatnich kilkunastu lat[43], nie ma do tej pory w Radzie Europy żadnego skutecznego narzędzia, za pomocą którego nałożono by na państwa obowiązek dotarcia do ewentualnej woli pacjenta pozbawionego świadomości przed podjęciem decyzji o zaprzestaniu jego terapii.

Orzeczenie ETPC w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji* jest zatem przełomowe również dlatego, że wyznaczono w nim standard, zgodnie z którym przy podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii należy brać pod uwagę wcześniej wyrażoną wolę pacjenta. Co więcej, mając na uwadze znaczenie standardów wyznaczonych przez ETPC, a także perspektywę, że strony sporów odwołają się do Trybunału, sądy państw-stron Europejskiej Konwencji Praw Człowieka będą mniej skore do wydawania wyroków w sprawie zaprzestania terapii sztucznie podtrzymującej życie, w których uwzględniać będą przede wszystkim dobro pacjenta. Wyrok w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji* doprowadzi zatem zapewne do upowszechnienia się w państwach-stronach konwencji standardu oceny, zgodnie z którym należy przy podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu terapii przede wszystkim próbować ustalić domniemaną wolę pacjenta.

2.2.3. Kwestia wzięcia pod uwagę woli bliskich pacjenta

J. Lynn i J.E. Childress zauważają, że wysiłki mające na celu podtrzymywanie życia pacjentów, u których nastąpiła trwała utrata świadomości, są dokonywane głównie ze względu na innych lub na społeczeństwo[44]. Można nie zgodzić się z tym stwierdzeniem, twierdząc, że każda terapia prowadzona jest przede wszystkim ze względu na dobro samego pacjenta, ale nie ulega wątpliwości, że to właśnie rodzinie najtrudniej jest zawsze pogodzić się z odejściem bliskiej osoby i oswoić się z myślą, że trzeba pozwolić jej odejść.

Ma to szczególne znaczenie w przypadku przerwania terapii uznawanej za uporczywą, gdyż członkowie rodziny często wierzą, że choremu uda się jednak wyzdro-

[42] M. Filar, *op. cit.,* s. 41.

[43] M. Syska, *Medyczne oświadczenia woli pro futuro na tle prawnoporównawczym,* Warszawa 2013, s. 161.

[44] J. Lynn, J.E. Childress, *op. cit.,* s. 145.

wieć. Wszelkie decyzje odnoszące się do zakończenia terapii bez wątpienia powinny być zatem konsultowane z rodziną pacjenta. Uzasadnia się to ponadto tym, że faktyczny ciężar dalszej opieki nad pacjentem spadnie właśnie na członków jego rodziny[45].

Bardziej pragmatycznym argumentem przemawiającym za dokonaniem konsultacji z rodziną przed ostatecznym podjęciem decyzji o zaprzestaniu terapii jest fakt, że to członkowie rodziny najlepiej znają charakter chorego, jego poglądy i filozofię życiową, przez co są w stanie w pewnym zakresie odtworzyć jego wolę, co może przyczynić się do pełniejszej realizacji zasady prymatu woli. Lekarz nie potrafi przecież sam stwierdzić, czego chciałby chory, mając z nim do czynienia dopiero w momencie, gdy jest nieprzytomny. Na poparcie tego argumentu należy przytoczyć przykład zaczerpnięty z przedmiotowej sprawy, w którym żona pacjenta argumentowała, że jej mąż wiele razy dawał jej do zrozumienia w prywatnych rozmowach, że nie chciałby być sztucznie utrzymywany przy życiu (§ 50).

Obok głosów popierających udział rodziny pacjenta w procesie podejmowania decyzji o zaprzestaniu terapii pojawiają się też głosy przeciwne. E. Zielińska zaznacza, że „z wyjątkiem sytuacji, gdy chodzi o osoby niepełnoletnie i niepoczytalne, których przedstawicielem ustawowym jest krewny, głos osób z tego kręgu [rodzinnego] nigdy nie powinien mieć decydującego znaczenia"[46]. Krytykę zaangażowania rodziny w proces decyzyjny uzasadnia się tym, że stwarza ono pole do nadużyć[47]; istotnie, nie można zaprzeczyć, że rodzina nie zawsze chce obiektywnego dobra osoby chorej[48]. Pacjent, szczególnie taki, który znajduje się w stanie wegetatywnym, wymaga dużej dozy opieki i zaangażowania ze strony swoich bliskich, który to ciężar nie każda rodzina potrafi bądź chce udźwignąć. Nie można również pominąć, że rodzina nie zawsze ma jednolitą wizję co do tego, jak powinna wyglądać terapia, której poddawany jest chory, i co do tego, kiedy można jej zaprzestać, czego dowodem jest analizowana sprawa, gdzie zdania były tak rozbieżne.

Również w przypadku odtwarzania domniemanej woli pacjenta na podstawie zeznań członków rodziny nie ma gwarancji, że będą one spójne, co dostrzega wypowiadająca się w przedmiotowej sprawie Krajowa Unia Związków Rodzin Osób z Urazami Mózgu (§ 133).

Problematyczne może się okazać także zaangażowanie w proces decyzyjny zbyt szerokiego kręgu członków rodziny. To właśnie miało miejsce w omawianej w niniejszym opracowaniu sprawie, gdzie podczas dwóch spotkań pozwolono wypowiedzieć się nie tylko żonie i rodzicom, ale także rodzeństwu oraz przyrodniemu rodzeństwu pacjenta (§ 20). Niezwykle zastanawiająca jest cała procedura, która przywodzi na myśl sąd nad życiem pana Lamberta, gdzie rodzina głosuje za jego życiem lub śmiercią i gdzie oblicza się liczbę głosów (§ 166). Tego typu działania zdają się co najmniej groteskowe.

---

[45] M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, Prawo i Medycyna 2014, nr 1, s. 62.

[46] E. Zielińska, *op. cit.,* s. 87.

[47] A. Gałęzka-Śliwka, M. Śliwka, *Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii*, PiP 2009, z. 11, s. 30.

[48] M. Boratyńska, *op. cit.,* s. 61.

Zastanawiające jest też, czemu w omawianej sprawie przywiązano tak wielką wagę do tego, by cała rodzina brała udział w procedurze. Wydaje się bowiem, że uczestnictwo rodziny jest tylko formalnością, bo zgodnie z prawem jej decyzja ma jedynie charakter konsultacyjny, zaś ostateczne zdanie o zaprzestaniu terapii i tak należy do lekarza, który „powinien powziąć tę poważną decyzję, wymagającą dokładnej analizy sytuacji z medycznego, osobowego, emocjonalnego, rodzinnego, społecznego i duchowego punktu widzenia”[49].

Należy ponadto zwrócić uwagę na braki we francuskiej procedurze, które dostrzega też ETPC w tym orzeczeniu, zauważając, że prawo francuskie nie przewiduje procedury mediacyjnej w przypadku braku konsensusu wśród rodziny ani nie ustala, czyje zdanie powinno przeważyć (§ 167), co czynią niektóre z państw europejskich (§ 75). Być może wynika to właśnie z jedynie formalnego charakteru uczestnictwa rodziny w procedurze.

Zastanawiające jest wszakże, dlaczego Trybunał z jednej strony określił jako wymóg wzięcie pod uwagę opinii członków rodziny pacjenta przy podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu terapii, a z drugiej nie uznał za naruszenie Konwencji norm prawa francuskiego, które zdają się czynić tę konsultację jedynie formalnym elementem procedury. Trzeba bowiem dostrzec, że w związku z rozbieżnością zdań rodziny nic nie stało na przeszkodzie, by lekarz przychylił się do opinii rodziców, a nie żony. Nie było też przeszkód, by podjął on decyzję o usunięciu sondy nawet w sytuacji, gdyby wszyscy byli temu przeciwni.

Mając na uwadze powyższe, należy zgodzić się z Trybunałem, że istniejąca we Francji regulacja zaangażowania członków rodziny w proces podejmowania decyzji o zaprzestaniu terapii cechuje się pewnymi lukami. Trybunał zdaje się jednak nie dostrzegać, że w tej sprawie decyzja podjęta przez lekarza miała czysto dyskrecjonalny charakter.

2.2.4. Kwestia wzięcia pod uwagę opinii personelu medycznego

Na samym wstępie rozważań na ten temat trzeba zauważyć, że użyte przez Trybunał sformułowanie „personel medyczny” („membres du personnel medical”) wydaje się zbyt szerokie i dlatego właśnie dalsze rozważania zostaną ograniczone tylko do lekarzy ze względu na ich szczególną pozycję w procesie leczenia. To lekarz jest „osobą szczególnie zobowiązaną do ochrony życia lub zdrowia danego pacjenta”[50] i to na nim spoczywa obowiązek udzielenia pomocy. Ponadto to on może ponieść konsekwencję za swoje zaniedbania w tym zakresie w postaci odpowiedzialności karnej.

Szczególna rola, jaką powinien odgrywać lekarz przy podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii, wiąże się także z tym, że to on najlepiej wie, w jakim stanie znajduje się pacjent i czy istnieją perspektywy poprawy stanu zdrowia oraz możliwość wyleczenia. Tylko on może zatem w sposób kompetentny orzec,

---

[49] N. Aumonier, B. Beigner, P. Letellier, *Eutanazja,* Warszawa 2003, s. 18–19.

[50] A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, Prawo i Medycyna 2000, nr 5, s. 35.

kiedy należy terapię zakończyć[51]. Mając na uwadze powyższe, należy zgodzić się z Trybunałem, że podejmowanie decyzji o zaprzestaniu leczenia pacjenta znajdującego się w stanie wegetatywnym musi zostać poprzedzone stosowną opinią lekarzy.

Konieczne jest jednak podkreślenie różnicy między wydaniem opinii a podjęciem decyzji. W tym miejscu należy stwierdzić, że procedura zaprzestania uporczywej terapii zawsze składa się z dwóch etapów. Pierwszy z nich to badanie, czy zachodzą okoliczności faktyczne uzasadniające uznanie terapii, jakiej poddawany jest pacjent, za uporczywą. Na tym etapie osoba posiadająca odpowiednią wiedzę medyczną powinna ocenić szanse powrotu do zdrowia pacjenta i sprawdzić, czy w danym przypadku spełnione są przesłanki uporczywości określone przez prawo krajowe. Dopiero drugi etap to podejmowanie decyzji, czy od terapii uznanej wcześniej za uporczywą należy odstąpić[52]. R. Krajewski zauważa, że lekarz powinien uczestniczyć w procedurze jedynie na pierwszym etapie. Na drugim etapie decydująca powinna być zaś wola samego pacjenta. W ten sposób „realizowane u konkretnego pacjenta postępowanie lecznicze będzie wynikiem autonomicznych decyzji przynajmniej dwóch lub większej liczby uczestników procesu medycznego"[53], zaś lekarz i pacjent staną się w nim „równorzędnymi partnerami"[54].

Ma to znaczenie również w takim kontekście, że nie istnieje żaden obowiązek zaprzestania terapii po uznaniu jej za uporczywą, a jedynie taka możliwość[55]. Jeśli zaś przyznamy kompetencje do decydowania o odstąpieniu od leczenia lekarzowi, to ryzykujemy, że etap drugi będzie jedynie automatycznym następstwem pierwszego. Jeśli bowiem lekarz uzna terapię za uporczywą, to zdecyduje o jej zaprzestaniu.

Trybunał w przedmiotowym orzeczeniu w żadnym miejscu nie stwierdza, że to lekarz powinien podjąć decyzję. Trzeba jednakże przypomnieć, że w prawie francuskim to do lekarza należy ostateczna decyzja o zaprzestaniu terapii uznanej za uporczywą. Należy zgodzić się z sędziami, którzy złożyli w przedmiotowej sprawie zdanie odrębne i stwierdzili, że wobec takiego kształtu prawa francuskiego przewidziana w przepisach procedura kolegialna zdaje się stanowić zwykłą formalność (§ 6 zdania odrębnego).

Tego typu unormowania wydają się być polem do nadużyć, których groźby zdaje się nie dostrzegać nikt ze składu orzekającego. Chodzi o aspekt ekonomiczny procesu leczenia. Terapia osób znajdujących się w stanie wegetatywnym i wymagających ciągłego dostępu do opieki medycznej jest niezwykle kosztowna, a jak zauważa M. Szeroczyńska: „postęp techniczny, który obserwujemy w medycynie, sprawia, że leczenie jest z roku na rok coraz droższe"[56]. W. Sinkiewicz zauważa również, że „oddziały powołane do ratowania życia (…) są często przepełnione chorymi w stanie nieodwracalnej choroby, co rzutuje na ograniczenie ich właściwej roli z powodu bra-

[51] E. Zielińska, *op. cit.,* s. 86.

[52] R. Krajewski, *op. cit.,* s. 13.

[53] *Ibidem,* s. 14.

[54] *Ibidem,* s. 13.

[55] *Ibidem.*

[56] M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium prawnoporównawcze,* Kraków 2004, s. 25.

ku miejsca dla osób mających szansę przeżycia”[57]. Przyznanie lekarzowi szerokich uprawnień w zakresie podejmowania decyzji o zaprzestaniu terapii rodzi groźbę, że będzie próbował on zaprzestać terapii swoich pacjentów z przyczyn natury finansowej lub organizacyjnej. Tego typu unormowania podważają więc zasadę budowania zaufania pacjentów do lekarzy[58].

Ważne jest również, co podkreśla Trybunał, że decyzja w sprawie tak wielkiej wagi jak zaprzestanie terapii nie może być następstwem opinii jednego lekarza. Nawet najwybitniejszy specjalista może się pomylić i źle ocenić szanse czyjegoś powrotu do zdrowia. Liczba konsultacji powinna zależeć od możliwych konsekwencji, jakie opinia niesie, a więc w przypadku gdy na szali waży się ludzkie życie, powinno być ich jak najwięcej. Prawo francuskie wymaga w takich wypadkach opinii co najmniej dwóch lekarzy. Trybunał uznał, że w przedmiotowej sprawie lekarz prowadzący dotrzymał wszelkich wymogów proceduralnych w szerszym nawet niż wymagany zakresie, powołując zespół konsultacyjny złożony z sześciu innych lekarzy (§ 166). Takie postawienie sprawy przez Trybunał jest wynikiem słusznego rozumowania i należy stwierdzić, że standardy budowane w ten sposób mogą skutecznie przyczynić się do rozpowszechnienia tego modelu opiniowania wśród państw-stron Konwencji.

2.3. Możliwość wniesienia skargi do sądu w razie wątpliwości, czy podjęta decyzja leży w interesie pacjenta

Trybunał w analizowanym orzeczeniu podkreślił, że aby dochowane zostały obowiązki państwa wynikające z art. 2, należy zapewnić w systemie prawa możliwość wniesienia do sądu skargi od podjętej w sprawie zaprzestania uporczywej terapii decyzji, jeżeli zachodziłyby wątpliwości, czy podjęta decyzja leży w interesie pacjenta.

We francuskim systemie prawnym kontrolę sądową w podobnych przypadkach sprawuje sądownictwo administracyjne, zaś procedurę regulują przepisy postępowania administracyjnego. Trybunał podkreśla, że w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji* kontrola decyzji przeprowadzona była nadzwyczaj szczegółowo. Zlecone zostały liczne ekspertyzy lekarskie, których dokonali uznani specjaliści w różnych dziedzinach medycyny, którzy przebadali V. Lamberta w sumie dziewięć razy (§ 174). Orzekający w ostatniej instancji Trybunał Stanu powołał ponadto liczne podmioty, by wystąpiły w postępowaniu w charakterze *amicus curiae* (§ 173) i wypowiedziały się co do problemów prawnych.

W porządkach prawnych państw europejskich możliwe są zarówno rozwiązania prawne, które czynią kontrolę decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii obligatoryjną, jak i takie, gdzie kontrola ta jest możliwa jedynie w razie wniesienia odwołania. Kontrola sądu może również przybrać różne formy, będąc bądź zatwierdzeniem decyzji podjętej już w innej procedurze, bądź wyrażeniem zgody na wszczęcie procedury.

---

[57] W. Sinkiewicz, *Wprowadzenie – jak umierać z godnością* [w:] W. Sinkiewicz, M. Krajnik, R. Grabowski (red.), *op. cit.*, s. 10.

[58] Por. W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej,* Warszawa 1899, s. 90.

Z jednej strony wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem jest, by wniesienie skargi do sądu w przypadku decyzji o zaprzestaniu terapii było jedynie możliwością, a nie obowiązkiem. Dogłębnie analizują tę problematykę S. Halliday, A. Formby i R. Cookson, podkreślając, iż sprawowanie przez sąd kontroli nad zaprzestaniem terapii jest niezbędne w przypadku konfliktu wewnątrz rodziny co do tego, jaką decyzję należy podjąć lub też w przypadku rozbieżności w ocenie stanu zdrowia dokonywanej przez personel medyczny. Ich zdaniem wnioskowanie do sądu o zgodę jest zaś niepotrzebne, gdy nie ma najmniejszych wątpliwości, że stan, w jakim znajduje się pacjent, jest nieodwracalny, zaś rodzina chorego i personel medyczny nie widzą żadnych przeciwwskazań do zaprzestania terapii[59].

Z drugiej strony jednak może się zdarzyć, że zarówno rodzina, jak i lekarze będą chcieli zaprzestania uporczywej terapii, tymczasem w najlepszym interesie pacjenta będzie jej kontynuacja. W takiej sytuacji ktoś musi zatroszczyć się o interesy pacjenta i takim strażnikiem prawa do życia chorego powinno być państwo, w którego imieniu będzie działał sąd. Wydaje się zatem, że kontrola sądowa w przypadkach, w których chodzi o ludzkie życie, powinna być obligatoryjna.

Nie da się nie dostrzec, że ten typ kontroli w sprawach dotyczących zaprzestania terapii ma pewne wady. Dostrzega je R. Tokarczyk, który zauważa, że decyzje prawników w tego typu sprawach są z góry skazane na wtórność wobec decyzji lekarzy[60]. Członkowie składów orzekających mają bez wątpienia świadomość, że to lekarze posiadają kompetencje niezbędne do kompleksowej oceny stanu zdrowia chorego. Pojawia się zatem wątpliwość, czy którykolwiek sąd orzeknie wbrew opinii specjalistów. Argument ten można wprawdzie odeprzeć stwierdzeniem, że sąd ocenia zasadność jedynie drugiego etapu procedury, czyli procesu decyzyjnego, i nie ma żadnej potrzeby zagłębiać się w etap pierwszy. Jednakże oczywiste jest, że etapy te są nieodłącznie powiązane i jeden implikuje drugi. Kategoryczna opinia lekarzy z dużym prawdopodobieństwem przekona sąd, że decyzja o przerwaniu leczenia służy dobru pacjenta.

Należy jednak stwierdzić, że nawet taki element kontroli decyzji podejmowanych na rzecz osoby pozbawionej świadomości, a zatem także niezdolnej bronić swoich praw, jest konieczny. W związku z powyższym trzeba przyznać rację Trybunałowi, że zapewnienie możliwości wniesienia skargi do sądu w razie wątpliwości co do tego, czy decyzja została podjęta w najlepszym interesie pacjenta, jest niezbędne, by państwo wywiązało się ze swoich obowiązków pozytywnych wynikających z art. 2 EKPC.

[59] S. Halliday, A. Formby, R. Cookson, *An assessment of the courts role in the withdrawal of clinically assisted nutrition and hydration from patients in the permanent vegetative state,* Medical Law Review 2015, nr 4, s. 558.

[60] R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci,* Kraków 2002, s. 370.

3. Podsumowanie

Orzeczenie w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji* z 6 czerwca 2015 r. jest bez wątpienia jednym z tych wyroków, które mogą aspirować do miana *case of principle*. Jego problematyka dotyczy bowiem kwestii fundamentalnych dla systemu ochrony praw człowieka, zaś wyznaczone przez nie standardy na długo wpłyną na sposób rozumienia wolności konwencyjnych w zakresie dopuszczalnych form zakończenia życia, ze szczególnym naciskiem na problematykę zaprzestania uporczywej terapii.

Trzeba podkreślić, że orzekając w tej sprawie, Trybunał otrzymał wielką szansę na doprowadzenie do zmiany sposobu pojmowania problemów związanych z zakończeniem terapii, z której jednak skorzystał w sposób budzący wiele wątpliwości i obaw co do kierunków rozwoju dziedziny prawa z tą problematyką powiązanej. Trybunał nie odszedł wprawdzie w analizowanym orzeczeniu od dotychczasowej linii orzeczniczej w kwestiach obejmujących zagadnienia związane z problematyką eutanazji i nie stwierdził, że istnieje prawo do śmierci, jednakże rozstrzygnął wiele innych istotnych zagadnień.

Przyznając państwom-stronom Konwencji margines swobody oceny co do tego, w jaki sposób w prawie krajowym zostanie unormowana problematyka zaprzestania uporczywej terapii, Trybunał zrzekł się częściowo roli twórcy międzynarodowych standardów ochrony życia, co może mieć w przyszłości daleko idące konsekwencje. Również uznanie *expressis verbis* konwencyjności norm zaliczających sztuczne karmienie do terapii jest zbyt dużym uogólnieniem. Także zaakceptowanie bardzo szerokich przesłanek uporczywości pozostawia wiele wątpliwości. Jednakże najważniejszą z kwestii jest przyznanie prymatu woli pacjenta w sprawach odnoszących się do kwestii zaprzestania życia. Zasada ta ma sięgać tak daleko, że nawet domniemana wola chorego powinna przeważać nad jego obiektywnym dobrem.

Mając na uwadze powyższe, należy stwierdzić, że wyrok w sprawie *Lambert i inni przeciwko Francji* przyznaje każdemu człowiekowi prawo do umierania, które należy rozumieć jako prawo do odejścia śmiercią naturalną i do przeciwstawienia się próbom podtrzymania życia za wszelką cenę. Jest to niewątpliwie uznanie prawa do eutanazji biernej, nawet jeśli Trybunał uniknął nazwania tego w ten sposób.

SUMMARY

THERAPEUTIC ABSTENTION IN THE LIGHT OF THE JUDGMENT OF EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS IN THE CASE OF *LAMBERT AND OTHERS V. FRANCE*

The article refers to the judgment of the European Court of Human Rights, dated on June 5th, 2015, in the case of *Lambert and others v. France*. The author of the paper tries to answer the question, what is the meaning of the judgment for the ways of analysing the

issues of the end of human life, with a particular tension on the therapeutic abstention on the basis of the European Human Rights Convention.

In order to reach this aim, there is an analysis of the factual and legal background of the case provided. The next part consists of the discussion of the legal problems aroused within this case. The first one is the granting of right to the margin of appreciation to France. Then the author tries to answer the fundamental issue of the analysis of the case – whether artificial feeding and hydration are a form of therapy and whether the conditions of holding the therapy obstinate in the French law are in accordance with the demands of the Convention. Further issues refer to the priority of the patient's will while taking the decision of abstaining from the obstinate therapy and the problems of taking those decisions with regard to the patients deprived of consciousness (incompetent).

The article tries to answer the question, what is the direction of the future jurisdiction of the European Court of Human Rights in questions regarding the end of human life and what is its meaning to the way of understanding the value from the Convention in the member states and for the direction of change of the member states legislation within this issue.

Słowa kluczowe: zaprzestanie terapii, *Lambert i inni przeciwko Francji*, uporczywa terapia, Europejski Trybunał Praw Człowieka, Europejska Konwencja Praw Człowieka, prawo do życia

Key words: therapeutic abstention, *Lambert and others v. France*, unreasonably obstinate medical treatment, European Court of Human Rights, European Convention of Human Rights, right to life